

NOUVELLES DIRECTIVES EN 2007 POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

J.M. KRZESINSKI (1), P. XHIGNESSE (2)

RÉSUMÉ : Les nouvelles directives de prise en charge de l'hypertension artérielle viennent d'être publiées par les Sociétés Européennes de Cardiologie et d'Hypertension. Le risque cardio-vasculaire global est au centre de cette prise en charge, dont fait partie le contrôle de l'élévation de pression artérielle, par l'usage raisonné des agents antihypertenseurs couplés aux règles hygiéno-diététiques. Une prise en charge de tous les facteurs de risque cardio-vasculaire est à nouveau mise en œuvre.

MOTS-CLÉS : Hypertension artérielle - Prise en charge - Traitement - Risque cardio-vasculaire

NEW GUIDELINES 2007 FOR THE MANAGEMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION

SUMMARY : New guidelines for the management of arterial hypertension have just been released by the European Societies of Cardiology and Arterial Hypertension. The global cardiovascular risk is again at the center of this management. The control of high blood pressure goes through an adequate use of antihypertensive agents and the application of healthy lifestyle and diet recommendations. Again, management of all the cardiovascular risk factors is stimulated.

KEYWORDS : Arterial hypertension - Management - Treatment - Cardiovascular risk

INTRODUCTION

Les dernières directives, publiées en 2003 dans le domaine de l'hypertension artérielle, par l'ESH (European Society of Hypertension) et l'ESC (European Society of Cardiology), avaient particulièrement insisté sur la nécessité, avant de démarrer un traitement médicamenteux antihypertenseur, d'une évaluation du risque cardio-vasculaire (1). Ceci permettait de réduire le rapport coût/bénéfice en introduisant, au meilleur moment, la molécule ou l'association de molécules antihypertensives. La cible de pression artérielle à atteindre était aussi dépendante de ce risque cardio-vasculaire. Pour un patient à faible risque, chez qui un traitement médicamenteux était initié, la cible tensionnelle fixée était inférieure à 140/90 mmHg. Par contre, chez un patient diabétique, insuffisant rénal ou ayant présenté déjà une complication cardio-vasculaire clinique, cette cible thérapeutique était inférieure à 130/80 mmHg (2).

En 2007, les mêmes sociétés se sont associées pour revoir ces directives à la lumière de nouveaux travaux épidémiologiques et thérapeutiques dans le domaine de l'hypertension artérielle (3).

Cet article résume ces directives. Il se veut très pratique, en insistant sur les nouveautés pour la prise en charge clinique.

tion continue, avec un risque cardio-vasculaire progressif dès une pression artérielle dépassant 110/70 mmHg. Lorsque les deux pressions artérielles, systolique et diastolique, se trouvent dans deux catégories différentes, c'est la pression artérielle appartenant à la catégorie la plus élevée qui doit être prise en considération.

Le seuil qualifiant le sujet d'hypertendu doit être considéré comme variable, basé sur le risque cardio-vasculaire. Un patient avec une pression inférieure à 140/90 mmHg, mais à haut risque cardio-vasculaire, peut déjà parfois bénéficier d'un traitement médicamenteux antihypertenseur. Chez les sujets âgés, la pression artérielle systolique et la pression pulsée confèrent un risque cardio-vasculaire plus important que la valeur réelle de la pression diastolique. Enfin, la pression artérielle normale haute, entre 130 et 139 mmHg pour la systolique et 85-89 mmHg pour la diastolique, est importante à prendre en considération dans certaines catégories de patients : les patients diabétiques et ceux qui ont déjà présenté une complication cardio-vasculaire. Il faut aussi savoir que, dans ce groupe de patients à pression normale haute, le risque de

TABLEAU I : DÉFINITION ET CLASSIFICATION DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Catégorie	PA systolique (mmHg)	PA diastolique (mmHg)
Optimale	< 120 ET	< 80
Normale	120 - 129	ET/OU 80 - 84
Normale haute	130 - 139	ET/OU 85 - 89
HTA grade 1	140 - 149	ET/OU 90 - 99
HTA grade 2	160 - 179	ET/OU 100 - 109
HTA grade 3	≥ 180	ET/OU ≥ 110
HTA systolique isolée	≥ 140	ET < 90

DÉFINITION ET CLASSIFICATION DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE (TABLEAU I)

Il est bien connu que la pression artérielle d'une population se répartit selon une distribu-

(1) Professeur, Chef de Service, (2) Néphrologue, Service de Néphrologie, CHU Sart Tilman, Liège.

développer une hypertension artérielle dans les quatre années à venir est fort élevé. Ces patients méritent donc un suivi régulier.

*EVALUATION DU RISQUE CARDIO-VASCULAIRE GLOBAL
(TABLEAU II)*

Comme mentionné plus haut, tous les patients doivent être évalués, non seulement en fonction des niveaux de pression artérielle mesurée, mais aussi en termes de risque cardio-vasculaire global. Ce dernier est lié à l'association fréquente de divers facteurs de risque d'athérosclérose, ainsi que de complications possibles déjà présentes au niveau des organes cibles dans le cadre de l'hypertension artérielle ou encore de complications cardio-vasculaires cliniquement objectivables. La décision et le mode des traitements dépendent de ce niveau initial de risque.

Il y a bien sûr plusieurs méthodes pour évaluer ce risque, toutes avec leurs avantages et leurs limites (4). Les nouvelles recommandations continuent à classer les patients en fonction d'un risque faible, modéré, élevé ou très élevé, à ajouter par rapport à la valeur moyenne pour un patient qui n'aurait que le niveau de pression artérielle mesuré à considérer.

Le risque est généralement exprimé en valeur absolue de développer un événement cardio-vasculaire dans les 10 ans (4). Chez le sujet en dessous de 50 ans, la décision thérapeutique doit peut-être plus se baser sur un risque relatif que sur un risque absolu.

L'évaluation du risque global dépend d'un certain nombre de facteurs de risque classiques: démographiques, anthropométriques, l'histoire familiale d'un événement cardio-vasculaire précoce, la pression artérielle, le tabagisme, la glycémie et les valeurs lipidiques. Ce calcul s'appuie aussi sur les mesures des lésions au niveau des organes cibles, sur la présence ou non d'un diabète ou de conditions cliniques associées. Ceci était déjà bien illustré dans les recommandations de 2003 (Tableau III).

S'ajoute à cette énumération d'éléments importants pour l'évaluation du risque, la présence d'un syndrome métabolique qui, outre l'existence d'une obésité abdominale, tient compte d'une glycémie au-delà de 100 mg/dl, d'un HDL cholestérol abaissé, de triglycérides augmentés et d'une pression artérielle au-delà de 130/85 mmHg.

Au niveau de la fonction rénale, plus que sur le taux de créatinine, on doit se baser sur une filtration glomérulaire estimée soit selon la formule de Cockcroft et Gault, soit peut-être mieux selon la formule du MDRD.

Ces nouvelles recommandations parlent maintenant de la vitesse de l'onde de pouls. Ce paramètre, difficile à mesurer en médecine générale, traduit bien le risque cardio-vasculaire des patients. En effet, il est le reflet de la rigidité des grosses artères. Il va probablement s'imposer dans les années à venir comme examen non invasif évaluant, de façon assez précise,

TABLEAU II : EVALUATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE AJOUTÉ

Pression artérielle (mmHg)					
Autres FR, atteinte organe cible, «maladie»	PA normale PAS 120-129 ou PAD 80-84	PA normale haute PAS 130-139 ou PAD 85-89	PA stade 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	PA stade 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	PA stade 3 PAS \geq 180 ou PAD \geq 110
Pas autres FR	Risque normal (moyen)	Risque normal (moyen)	Risque faible ajouté	Risque modéré ajouté	Risque élevé ajouté
1-2 FR	Risque faible ajouté	Risque faible ajouté	Risque modéré ajouté	Risque modéré ajouté	Très haut risque ajouté
3 ou plus FR, SM, OC, diabète	Risque modéré ajouté	Risque élevé ajouté	Risque élevé ajouté	Risque élevé ajouté	Très haut risque ajouté
Maladie CV ou rénale avérée	Très haut risque ajouté	Très haut risque ajouté	Très haut risque ajouté	Très haut risque ajouté	Très haut risque ajouté

PA : pression artérielle; PAS : pression artérielle systolique; PAD : pression artérielle diastolique; FR : facteur de risque; SM : syndrome métabolique; OC : organe cible; CV : cardio-vasculaire.
Le terme « ajouté » indique que, dans toutes les catégories de pression artérielle, le risque est plus grand que la normale.

TABLEAU III : FACTEURS INFLUENÇANT LE PRONOSTIC CARDIOVASCULAIRE

Facteurs de risque	Lésion d'organes cibles
Valeurs de PAS et de PAD Valeur de pression pulsée Age (H > 55 ans; F > 65 ans) Tabagisme Dyslipidémie TG > 150 mg/dl ou LDL-C > 115 mg/dl ou HDL-C : H < 40 mg/dl, F < 46 mg/dl Glycémie à jeun 101-125 mg/dl Test de tolérance au glucose anormale Obésité abdominale : Tour de Taille H > 102 cm; F > 88 cm Histoire familiale de maladie CV précoce (H < 55 ans et F < 65 ans)	HVG présente à l'ECG ou à l'échographie Présence d'un épaississement de la paroi carotidienne ou d'une plaque Index de PA cheville - bras < 0.9 Vitesse d'onde de pouls (carotide - fémorale) >12 m/s Augmentation de la créatinine plasmatique H : 1,3 - 1,5 mg/dl F : 1,2 - 1,4 mg/dl Filtration glomérulaire basse (MDRD < 60 ml/min/1,73m ²) ou une clearance de créatinine basse (Cockcroft et Gault < 60 ml/min) Microalbuminurie 30-300 mg/24h ou un ratio albumine/créatinine ≥ 22 (H) ou 31 (F) mg/g créatinine
Diabète	Maladie CV ou rénale avérée
Glycémie à jeun ≥ 126 mg/dl sur plusieurs prélèvements ou Hyperglycémie provoquée ≥ 198 mg/dl	Maladie cérébro-vasculaire : AVC, AIT, hémorragie cérébrale Maladie cardiaque : infarctus du myocarde, angor, revascularisation coronaire, décompensation cardiaque Maladie rénale : néphropathie diabétique, insuffisance rénale (créatinine sérique >1,5 (H); > 1,4 (F) mmol/l) ; protéinurie > 300 mg/24 h Atteinte artérielle périphérique Rétinopathie avancée (exsudats, hémorragies...)
A noter : L'association de trois facteurs de risque hors des cinq reprenant l'obésité abdominale, une glycémie à jeun anormale, une PA ≥ 130/85 mmHg, un HDL-C bas et des TG élevés, indique la présence d'un syndrome métabolique.	

le risque d'un patient de développer un événement cardio-vasculaire.

La mesure de la pression cheville-bras est aussi remise à l'honneur. Une valeur inférieure à 0,9 est considérée comme le témoin de l'existence parfois préclinique d'une artériopathie périphérique. Elle est aussi un élément à considérer maintenant dans l'évaluation du risque cardio-vasculaire. Cette mesure est relativement facile d'obtention en clinique quotidienne.

L'évaluation des lésions au niveau des organes cibles doit être envisagée, non seulement avant de démarrer un traitement, mais aussi dans le suivi des patients traités. Il est, en effet, capital de vérifier que l'existence, par exemple, d'une hypertrophie ventriculaire gauche régresse sous traitement antihypertenseur.

Enfin, l'importance de la détermination de la fréquence cardiaque est mise en exergue. Une relative tachycardie (sans seuil actuellement défini) est associée à un risque de morbi-

mortalité plus élevé, souvent d'ailleurs présent concomitamment à des anomalies métaboliques faisant partie du syndrome métabolique.

DIAGNOSTIC DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE, IDENTIFICATION D'UNE ÉTIOLOGIE ET RECHERCHE DE CONDITIONS INFLUENÇANT LE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE

Mesure de la pression artérielle

La mesure de pression artérielle est capitale puisqu'elle permet de classer le patient selon différents stades de risque. Les bonnes règles de mesure de la pression artérielle doivent être respectées, avec un brassard adapté et un patient mis dans des conditions optimales de mesure. La mesure de la pression artérielle doit être prise en position couchée ou assise, et toujours en position debout, particulièrement chez le patient âgé, associée par ailleurs à une mesure de la fréquence cardiaque.

On peut recourir à la mesure ambulatoire de la pression artérielle lorsqu'on a un doute sur la

qualité de la mesure de la pression au cabinet de consultation. Cette technique offre l'avantage de déterminer l'existence d'un rythme nyctéméral, de mesurer la variabilité de la pression artérielle ou encore la charge tensionnelle sur le nyctémère, paramètre influençant le pronostic du patient hypertendu. L'avantage de cette technique est d'obtenir de nombreuses mesures, réparties sur une période de 24 heures. L'efficacité du traitement antihypertenseur, l'explication éventuelle de malaises présentés pendant la journée, l'objectivation d'une hypertension masquée (pression normale au cabinet de consultation, mais avec lésions des organes cibles et hypertension à domicile) sont de bonnes indications de cette technique.

Le monitoring ambulatoire de la pression artérielle est complémentaire de l'automesure de la pression artérielle. Cette dernière méthode est à stimuler chez les patients chez qui la technique peut être expliquée et peu anxieux (ou non obsessionnels). La mesure à domicile est relativement bien standardisée maintenant, si possible avec des appareils mesurant la pression au bras. Trois mesures le matin et trois mesures le soir pendant une semaine, à répéter tous les mois sont recommandées pour juger de l'efficacité thérapeutique. Quelques mesures à domicile après la détection au cabinet de consultation apportent un plus dans l'identification de l'élévation authentique de la pression artérielle. Les valeurs normales de pression, sur 24 heures ou en automesure, sont inférieures aux valeurs normales hautes au cabinet de consultation. Normalement, les valeurs ne dépassent pas 135/85 mmHg.

Exploration d'une élévation tensionnelle

Il est toujours important de relever l'histoire clinique personnelle et familiale du patient, la prise de médicament antihypertenseur ou d'autres médicaments qui peuvent interférer avec le contrôle de la pression artérielle, les malaises présentés par le patient, l'histoire familiale ou l'histoire personnelle d'un problème rénal ou vasculaire, l'évolution pondérale au cours des dernières années, la présence éventuellement de ronflement ou d'une somnolence diurne, les symptômes liés à des lésions au niveau des organes cibles (céphalées, vertiges, troubles de la vue, palpitations, dyspnée, œdème des chevilles, nycturie, polyurie, claudication intermittente). Bref, une anamnèse adaptée et un examen clinique complet sont requis comme habituellement en médecine.

La recherche d'une étiologie à l'élévation de pression artérielle est aussi nécessaire par l'appréciation de l'existence de signes cliniques

évoquant un syndrome de Cushing, un phéochromocytome, des reins polykystiques, une hypertension rénovasculaire, une coarctation de l'aorte.

La mesure du poids est incontournable, avec une mesure de la circonférence de la taille et une détermination de l'indice de masse corporelle.

Les examens de laboratoire de routine doivent toujours comprendre une détermination de la créatininémie, de l'acide urique et du potassium, un bilan lipidique comprenant le cholestérol total, LDL cholestérol, HDL cholestérol et triglycérides, une glycémie à jeun, une détermination des taux d'hémoglobine et d'hématocrite, des réactions urinaires, éventuellement complétées du dosage de microalbuminurie dans les situations de diabète associé et d'existence de complications au niveau des organes cibles.

Un électrocardiogramme doit toujours faire partie du bilan initial d'un hypertendu. Il existe, bien sûr, des tests recommandés, mais non obligatoires qui comprennent l'échocardiogramme dans les situations où l'on veut mieux apprécier l'existence d'une hypertrophie ventriculaire gauche (HVG). La possibilité de lésions carotidiennes pourrait bénéficier d'une exploration par écho doppler. Une mesure quantitative de la protéinurie est à recommander en cas de tige positive pour ce paramètre. Le fond d'œil est à réserver aux situations d'hypertension sévère. Dans certains centres spécialisés, on peut ajouter à cette exploration la mesure de la vitesse d'onde de pouls. Enfin, s'il existe des signes ou symptômes évoquant une hypertension secondaire, des examens adaptés en fonction de cette étiologie pourraient être demandés, essentiellement en discussion étroite avec le médecin spécialiste qui pourrait prendre en charge ces explorations relativement coûteuses et à réalisation parfois quelque peu difficile en pratique ambulatoire.

Traitement

L'initiation d'un traitement médicamenteux repose sur le calcul du risque cardio-vasculaire. Il doit toujours être associé au suivi de règles hygiéno-diététiques chez l'hypertendu. Il est admis universellement que le bénéfice, en termes de prévention cardio-vasculaire est, chez l'hypertendu, surtout lié à l'abaissement tensionnel obtenu lors de la prise en charge.

Il semble cependant qu'un léger avantage puisse être noté lors de l'utilisation des antagonistes calciques pour réduire le risque d'accident vasculaire cérébral par rapport à la simple diminution des valeurs tensionnelles.

En ce qui concerne les inhibiteurs d'enzyme de conversion, le risque coronarien semble aussi moindre par rapport à d'autres molécules pour un abaissement de pression artérielle similaire.

En ce qui concerne la controverse quant à l'utilisation des bêtabloquants en première ligne du traitement de l'hypertension, les auteurs de cette nouvelle directive sont moins sévères vis-à-vis de cette classe thérapeutique que les membres du comité de la British Society of Hypertension qui avaient mis au banc des accusés les bêtabloquants, leur attribuant des propriétés négatives en termes de prévention de risque cardio-vasculaire malgré un abaissement tensionnel similaire et ce, notamment, pour l'accident vasculaire cérébral (5, 6). Il ressort cependant bien que la prévention en termes de diminution du risque d'accidents vasculaires cérébraux est un peu moindre sous bêtabloquant par rapport à d'autres traitements actifs, surtout les antagonistes calciques ou les inhibiteurs du système rénine-angiotensine. Par ailleurs, l'association diurétique-bêtabloquant n'est peut-être pas le meilleur choix en raison d'un risque accru de diabète. Les bêtabloquants gardent cependant une place de choix dans certaines populations ciblées : angor, post-infarctus, décompensation cardiaque, hypercynétisme cardiaque.

Lorsque le patient présente une HVG ou une fibrillation auriculaire paroxystique, les inhibiteurs du système rénine-angiotensine semblent plus indiqués que les bêtabloquants. Lorsqu'il existe une artériopathie périphérique, les antagonistes calciques constituent un bon choix; il en est de même lorsqu'il y a un épaissement de l'intima carotidien.

Au niveau du cerveau et du maintien de la fonction cognitive, l'abaissement de la pression artérielle semble l'élément le plus protecteur.

Au niveau rénal, il est important d'abaisser la pression artérielle en dessous de 130/80 mmHg lorsqu'on veut protéger les reins chez des patients qui présentent une protéinurie ou une insuffisance rénale. Dans ce contexte, le recours à un inhibiteur du système rénine-angiotensine est certainement très bénéfique.

En ce qui concerne les nouveaux cas de diabète, l'utilisation d'un IEC ou d'un sartan diminue ce risque alors que, comme rappelé plus haut, l'utilisation de diurétique et/ou de bêtabloquant l'augmente.

QUAND DÉMARRER UN TRAITEMENT? (TABLEAU IV)

La réponse à cette question repose sur le niveau de pression artérielle mesuré et sur le calcul du risque cardio-vasculaire. La devise

anglaise «the lower the better» reste d'application. Pour y arriver, il est absolument capital de continuer à stimuler les règles d'hygiène de vie avant d'introduire un médicament antihypertenseur, mais la durée de cette période sans médicament a été raccourcie. En présence d'un risque cardio-vasculaire élevé, l'introduction de médicaments est *quasi* instantanée.

Le but du traitement est d'arriver avant tout à une réduction maximale du risque à long terme d'événements cardio-vasculaires. Ceci nécessite à la fois un contrôle des valeurs élevées de pression artérielle, mais aussi, si possible, des autres facteurs de risque réversibles.

Tout comme en 2003, la cible tensionnelle à atteindre est généralement en dessous de 140/90 mmHg mais, si le patient tolère des valeurs plus basses, il faut l'encourager à les maintenir. La cible doit être en dessous de 130/80 mmHg chez le diabétique ou chez les patients à haut, et *a fortiori*, à très haut risque cardio-vasculaire comme, par exemple, après un accident vasculaire cérébral (AVC) ou un infarctus du myocarde, ou encore en présence d'une dysfonction rénale ou d'une protéinurie.

Il est évident que le contrôle de la pression artérielle est d'autant plus difficile à obtenir que le patient a déjà lésé ses grosses artères, avec complications cardio-vasculaires secondaires, mais tous les efforts doivent être menés pour tenter de se rapprocher de ce but.

QUELS CHANGEMENTS DE STYLE DE VIE ENCOURAGER?

L'avantage du changement de style de vie est, d'une part, d'agir sur la pression artérielle, mais aussi d'avoir un impact sur les autres facteurs de risque cardio-vasculaire. Ces mesures comprennent l'encouragement à l'arrêt du tabagisme, à une réduction du poids ou en tout cas à sa stabilisation, à la réduction d'un excès de consommation d'alcool, à la pratique d'une activité physique, à une réduction de l'apport sodé, à une augmentation de la consommation de fruits et de légumes et à une réduction de l'apport en graisse saturée globale. Ces mesures doivent être initiées dès le constat d'une augmentation de la pression artérielle et doivent être, à chaque consultation, vérifiées et restimulées.

En ce qui concerne le tabagisme, il doit être combattu énergiquement. Par ailleurs, la respiration passive de fumée de tabac a aussi été démontrée comme facteur de risque coronarien.

En ce qui concerne la restriction sodée, celle-ci est particulièrement efficace chez les sujets de race noire, chez les sujets au-delà de 60 ans, les patients diabétiques ou souffrant de maladie

TABLEAU IV : DÉCISION D'INITIATION DU TRAITEMENT

Pression artérielle (mmHg)					
Autres FR, atteinte organe cible, « maladie » ou PAD 80-84	PA normale PAS 120-129 ou PAD 85-89	PA normale haute PAS 130-139 ou PAD 90-99	PA stade 1 PAS 140-159 ou	PA stade 2 PAS 160-179 PAD 100-109	PA stade 3 PAS \geq 180 ou PAD \geq 110
Pas autres FR	Pas d'initiation de traitement	Pas d'initiation de traitement	Changement de style de vie pendant plusieurs mois et initiation du traitement si la PA reste \uparrow	Changement de style de vie pendant plusieurs sem. et initiation du traitement si la PA reste \uparrow	Changement de style de vie + initiation immédiate du traitement médical
1-2 FR	Changement de style de vie	Changement de style de vie	Changement de style de vie pendant plusieurs semaines et initiation du traitement si la PA reste \uparrow	Changement de style de vie pendant plusieurs sem. et initiation du traitement si la PA reste \uparrow	Changement de style de vie + initiation immédiate du traitement médical
\geq 3 FR, SM, OC	Changement de style de vie	Changement de style de vie et considérer initiation du traitement médical	Changement de style de vie + initiation immédiate du traitement médical	Changement de style de vie + initiation immédiate du traitement médical	Changement de style de vie + initiation immédiate du traitement médical
Diabète	Changement de style de vie	Changement de style de vie + traitement médical	Changement de style de vie + initiation immédiate du traitement médical	Changement de style de vie + initiation immédiate du traitement médical	Changement de style de vie + initiation immédiate du traitement médical
Maladie CV ou rénale avérée	Changement de style de vie + initiation immédiate du traitement médical	Changement de style de vie + initiation immédiate du traitement médical	Changement de style de vie + initiation immédiate du traitement médical	Changement de style de vie + initiation immédiate du traitement médical	Changement de style de vie + initiation immédiate du traitement médical

PA : pression artérielle; PAS : pression artérielle systolique; PAD : pression artérielle diastolique; FR : facteur de risque; SM : syndrome métabolique; OC : organe cible; CV : cardio-vasculaire.

rénale. Chez ces patients particulièrement, il faut vraiment insister sur une restriction sodée en dessous de 5 g au maximum de NaCl par jour.

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Lorsqu'on doit recourir à un traitement médicamenteux antihypertenseur, il faut se rappeler que le bénéfice cardio-vasculaire passe essentiellement par l'abaissement de pression artérielle obtenu. Il existe 5 classes majeures d'agents antihypertenseurs comprenant les diurétiques

thiazides, les antagonistes calciques, les IEC, les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II et les bêtabloquants. Chacune de ces classes peut être utilisée en première intention en adaptant son choix en fonction de l'âge du patient et de facteurs de comorbidité et/ou d'intolérance connus associés (Tableau V).

Rappelons que l'association bêtabloquant-durétique ne doit pas être utilisée chez les patients qui ont un syndrome métabolique ou un haut risque de développer un diabète (par exemple hérédité diabétique).

L'utilisation d'une monothérapie en première intention ou d'une bithérapie à faible dose peut être justifiée par l'appréciation du risque cardio-vasculaire associé à l'hypertension artérielle (Figure 1). En cas de faible risque et de nécessité de démarrer un traitement antihypertenseur, une monothérapie peut être utile. Par contre, en cas de risque plus élevé, la bithérapie est conseillée.

Il faut faire particulièrement attention aux manifestations indésirables qui peuvent altérer l'adhérence au traitement. Ces effets secondaires sont très individuels, mais peuvent constituer des contre-indications (Tableau VI).

Il faut recourir à des molécules ayant une durée d'action d'au moins 24 heures; ceci peut être vérifié par l'automesure de la pression artérielle à domicile et/ou par la mesure ambulatoire de pression artérielle sur 24 heures. Une molécule administrée une seule fois/jour est à conseiller.

Si le patient a présenté des lésions subcliniques, par exemple une HVG, on aura intérêt à utiliser plutôt les IEC, les sartans ou les antagonistes calciques. En présence d'une dysfonction

TABLEAU V : TRAITEMENT ANTIHYPERTENSEUR ET UTILISATIONS PRÉFÉRENTIELLES

Lésion d'organes cibles (subclinique)	
HVG	IEC, AC, sartan
Athérosclérose	AC, IEC
Microalbuminurie	IEC, sartan
Dysfonction rénale	IEC, sartan
Atteinte clinique	
AVC	Toute classe d'anti-HTA
Infarctus du myocarde	BB, IEC, sartan
Angor	BB, AC
Décompensation cardiaque	Diurétique, BB, IEC, sartan, anti-aldostérone
FA intermittente	Sartan, IEC
FA permanente	BB, AC (pas dihydropyridine)
IR/protéinurie	IEC, sartan, diurétique de l'anse
Atteinte artérielle périphérique	AC
Pathologies associées	
Hypertension systolique isolée (patient âgé)	Diurétique, AC
Syndrome métabolique	IEC, sartan, AC
Diabète	IEC, sartan
Grossesse	AC, alpha-méthyl-dopa, BB
Patient de race noire	Diurétique, AC
HVG : hypertrophie ventriculaire gauche; IEC : inhibiteur de l'enzyme de conversion; AC : antagoniste calcique, BB : bêta-bloquant; AVC : accident vasculaire cérébral; FA : fibrillation auriculaire; IR : insuffisance rénale.	

rénale ou d'une microalbuminurie, les inhibiteurs du système rénine-angiotensine sont conseillés.

En cas d'événements cliniques déjà présents, s'il s'agit d'un AVC préalable, n'importe quel agent antihypertenseur efficace est à utiliser. Si le patient a présenté auparavant un infarctus du myocarde, les bêtabloquants et les inhibiteurs du système rénine-angiotensine constituent le meilleur choix. Seront conseillés en cas d'angor les bêtabloquants ou antagonistes calciques; en cas de fibrillation auriculaire paroxystique, les inhibiteurs du système rénine-angiotensine; s'il s'agit d'une fibrillation auriculaire permanente, on peut recourir aux bêtabloquants ou aux antagonistes calciques non dihydropyridines. En cas de lésions artérielles périphériques, les antagonistes calciques constituent le premier choix.

Chez le patient présentant une hypertension systolique isolée (patient âgé), les diurétiques et les antagonistes calciques restent toujours les meilleurs choix. En cas de syndrome métabolique, il faut utiliser préférentiellement un inhibiteur du système rénine-angiotensine et, éventuellement, un antagoniste calcique. Il en est de même s'il s'agit d'un patient diabétique.

Chez le patient de race noire, les diurétiques et les antagonistes calciques sont les plus performants en termes de contrôle de pression artérielle.

En présence d'une grossesse, l'alpha-méthyl-dopa reste la molécule la plus sûre d'utilisation, suivi des antagonistes calciques et, éventuellement, des bêtabloquants.

CONTRE-INDICATIONS DES AGENTS ANTIHYPERTENSEURS (TABLEAU VI)

Par exemple, il vaut mieux éviter les diurétiques en présence de goutte, les bêtabloquants en présence d'asthme ou de bloc auriculo-ventriculaire (AV) du 2^{ème} ou 3^{ème} degré, les antagonistes calciques de type non dihydropyridine en présence de décompensation cardiaque ou du bloc AV du 2^{ème} ou 3^{ème} degré, les inhibiteurs d'enzyme de conversion ou les sartans en présence d'une grossesse débutante, d'œdème angioneurotique, d'hyperkaliémie ou de sténose bilatérale d'artère rénale.

L'insuffisance rénale avec déjà hyperkaliémie contre-indique l'utilisation des inhibiteurs compétitifs de l'aldostérone.

La figure 1 ainsi que les tableaux IV et V illustrent cette stratégie.

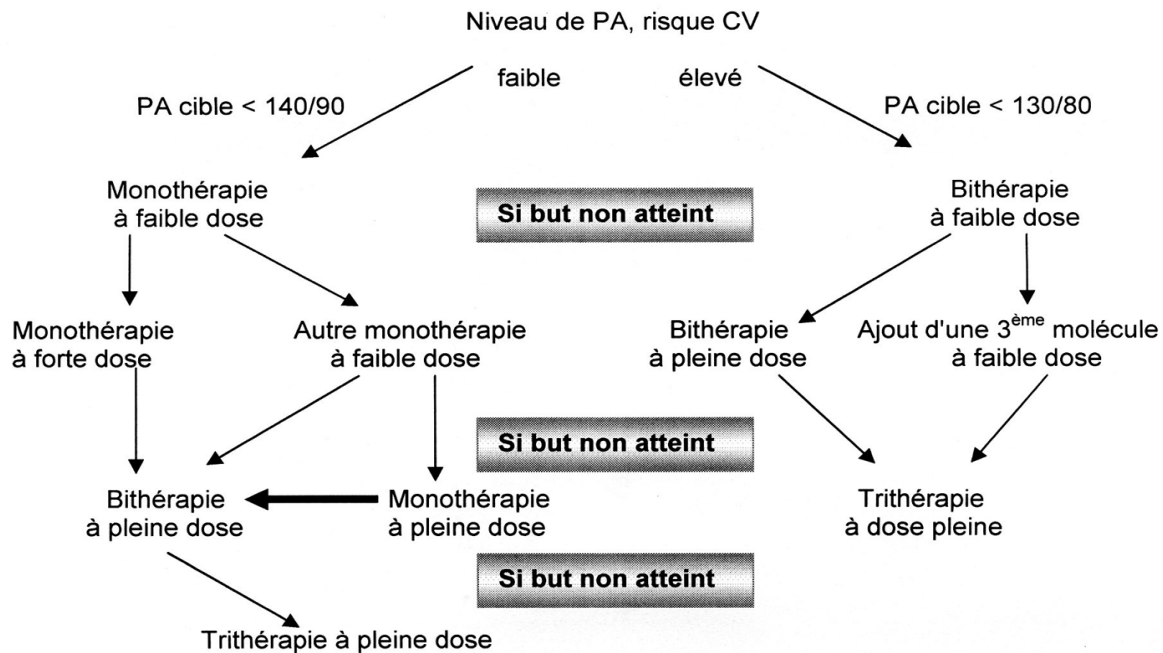


Figure 1 : Adaptation thérapeutique médicamenteuse anti-hypertensive : mono- ou bi-thérapie d'emblée

QUE FAIRE EN PRÉSENCE D'UNE HYPERTENSION QUI RÉSISTE AU TRAITEMENT ?

On parle d'hypertension résistante lorsqu'il persiste une pression artérielle élevée malgré trois molécules antihypertensives utilisées à dose correcte avec, dans cette association, un diurétique. Il faut toujours penser à la mauvaise adhérence au traitement, à des problèmes de style de vie, notamment le gain de poids ou la consommation importante d'alcool, la prise de certains médicaments annulant l'efficacité antihypertensive (anti-inflammatoires, réglisse, cocaïne, glucocorticoïdes), la présence d'une apnée du sommeil (l'hypoxie stimule le système sympathique), une cause secondaire qui n'avait pas été identifiée au départ. Il existe bien sûr des causes de fausse résistance à l'hypertension telles que l'hypertension de la blouse blanche, une détection d'élévation de pression artérielle en utilisant un brassard non adapté ou encore la pseudo-hypertension (artère calcifiée au niveau de la média devenant incompressible au niveau de l'artère humérale).

TRAITEMENT DES FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS

Plusieurs études ont démontré l'intérêt chez un patient hypertendu, même modérément hypercholestérolémique, d'utiliser une statine à faible dose. Chez le patient hypertendu assez bien contrôlé, le recours à une faible dose d'as-

pirine doit être considéré lorsque l'âge dépasse 50 ans et que le risque cardio-vasculaire est relativement élevé ou en présence d'une insuffisance rénale associée. Il est impératif de débiter le traitement après instauration d'un traitement antihypertenseur efficace.

En ce qui concerne l'équilibre diabétique, il faut insister sur l'intérêt d'améliorer la prise en charge de la glycémie pour amener l'hémoglobine glyquée si possible en dessous de 6,5%.

La recherche d'une hypertension secondaire doit être initiée, dès le départ, lorsqu'il existe des éléments anamnestiques cliniques ou de biologie initiale qui orientent vers ce problème particulier, ou en présence d'une hypertension résistante. Cette exploration relève plus de la médecine spécialisée et doit donc être envisagée en partenariat avec un spécialiste du domaine.

QU'EN EST-IL DU SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS ET COMMENT AMÉLIORER L'ADHÉRENCE AU TRAITEMENT ?

Il convient d'introduire des molécules antihypertensives bien tolérées par le patient dont la posologie va lentement augmenter au cours des visites successives de façon à abaisser très progressivement le niveau de pression artérielle. Une fois que la cible tensionnelle est obtenue, le patient doit être encouragé à poursuivre les règles hygiéno-diététiques et à prendre ses médicaments régulièrement. L'automesure peut être

TABLEAU VI : CONTRE-INDICATIONS (CI) À L'UTILISATION DU TRAITEMENT ANTIHYPERTENSEUR

	CI absolues	CI relatives
Diurétiques thiazidiques	Goutte	Syndrome métabolique Intolérance glucidique grossesse
Bêta-bloquants	Asthme Bloc A-V (2 ^{ème} -3 ^{ème} degré)	Syndrome métabolique Intolérance glucidique Athlètes BPCO
AC (dihydropyridine)		Tachyarythmie Décompensation cardiaque
AC (vérapamil, diltiazem)	Bloc A-V (2 ^{ème} -3 ^{ème} degré) Décompensation cardiaque	
IEC	Grossesse Œdème angineurotique Hyperkaliémie Sténose d'artère rénale bilatérale	
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (sartans)	Grossesse Hyperkaliémie Sténose d'artère rénale bilatérale	
Diurétiques (anti-aldostérone)	Insuffisance rénale Hyperkaliémie	
AC : antagoniste calcique; IEC : inhibiteur de l'enzyme de conversion		

proposée de façon à augmenter, à la fois, l'adhérence au traitement et pour connaître le moment à partir duquel un échappement thérapeutique peut être constaté. Le nombre de comprimés à avaler quotidiennement est inversement proportionnel à l'adhérence.

Un patient à faible risque cardio-vasculaire ou dans le cadre d'une hypertension artérielle de grade 1 sera vu tous les six mois. Si, par contre, le risque est plus élevé, le patient doit être vu plus fréquemment, particulièrement lorsqu'un traitement non médicamenteux a été d'abord prôné, pour s'assurer qu'il ne faut pas démarrer, devant des valeurs de pression artérielle élevées et résistantes à cette approche hygiéno-diététique, un traitement par médicament.

En cas de résistance au traitement, il faut absolument augmenter la posologie des molécules antihypertensives et, éventuellement, envisager des changements de catégorie de traitement en sachant que les patients relativement jeunes

(en dessous de 55 ans) bénéficieront surtout d'IEC, sartan ou bêtabloquant en première ligne et que les patients de plus de 60 ans devront plutôt recourir aux antagonistes calciques ou aux diurétiques. En cas d'association, on utilisera préférentiellement une molécule d'une catégorie en association avec une molécule d'une autre catégorie.

CONCLUSIONS

Les nouvelles directives «cuvée 2007» rappellent étrangement celles proposées en 2003 et insistent sur le calcul du risque cardio-vasculaire avant d'initier le traitement médicamenteux antihypertenseur. L'objectif thérapeutique doit être une réduction optimale de ce risque en adaptant et vérifiant la bonne adhérence thérapeutique pour normaliser la pression artérielle. Agir simultanément sur tous les facteurs de risque est recommandé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Guidelines Committee.— 2003 European Society of Hypertension – European society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*, 2003, **21**, 1011-1053.
2. Krzesinski JM.— Nouvelles directives américaines et européennes en 2003 pour la prise en charge de l'hypertension artérielle. *Rev Med Liège*, 2003, **58**, 9, 563-571.
3. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension, task force of the European Society of Hypertension and the European Society of Cardiology.— *J Hypertens*, 2007, **25**, 1105-1187.
4. Scheen AJ.— Comment j'explore ... Le risque cardio-vasculaire absolu à 10 ans : de Framingham 1998 à SCORE 2003. *Rev Med Liège*, 2004, **59**, 460-466.
5. <http://www.nice.org.uk/CG034NICEguideline>.— Les nouveaux antihypertenseurs sont plus intéressants en termes de prévention du risque cardio-vasculaire que les «anciens» comprenant bêta-bloquants et diurétiques.
6. Krzesinski JM, Saint-Remy A.— Les bêtabloquants constituent-ils encore une première ligne dans le traitement de l'hypertension artérielle? *Rev Med Liège*, 2007, **62**, 254-257.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. J.M. Krzesinski, Service de Néphrologie, CHU Sart Tilman, 4000 Liège, Belgique.